

УДК 616.366—002—089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА (КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СУЩЕСТВУЮЩИХ УСТАНОВОК)

С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, Н. В. Мищенко, А. А. Тимуш

Одесский государственный медицинский университет,  
Военно—медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

### РЕФЕРАТ

По поводу острого холецистита (ОХ) оперированы 3268 больных. Предложена классификация операций в зависимости от сроков их выполнения. Проведена сравнительная оценка морфологических изменений желчного пузыря, анализ частоты и причин возникновения осложнений, конверсии и летальности в различные сроки после выполнения операции. Определены роль и место холецистостомии в хирургическом лечении ОХ.

## SURGICAL TREATMENT OF AN ACUTE CHOLECYSTITIS (CRITICAL ESTIMATION OF NOW EXISTING RULES)

S. A. Geshelin, M. A. Kashtalyan, N. V. Mishchenko, A. A. Timush

### SUMMARY

There were operated on 3268 patients for an acute cholecystitis (ACH). The operations classification was proposed, depending on the terms of their performance. Comparative estimation of morphological changes of gallbladder, analysis of frequency and causes of complications, conversions and lethality occurrence in various terms postoperatively were conducted. The cholecystostomy place in surgical treatment of an ACH was determined.

История хирургического лечения ОХ началась в XIX в., когда 1867 г. J. S. Bobbs выполнил путем лапаротомии первую операцию холецистостомии, в 1882 г. С. J. A. Langenbuch осуществил первую холецистэктомию. В 1987 г. F. Mouret и вслед за ним F. Dubois впервые выполнили лапароскопическую холецистэктомию, что ознаменовало начало эры эндоскопических вмешательств на желчном пузыре.

По случайному совпадению, в том же году редакцией журнала "Хирургия" подведены итоги многолетней дискуссии, посвященной ОХ [8], обсуждены установки и рекомендации, сложившиеся в течение 120—летней истории выполнения операций на желчном пузыре. Принятые участниками дискуссии установки обобщали опыт только открытых операций. В последнее 20—летие, отмеченное внедрением лапароскопических технологий, в тактику лечения ОХ внесены аргументированные коррективы. И все же, многие вопросы не решены, в частности, классификация операций в зависимости от сроков их выполнения, зависимость морфологических изменений от сроков выполнения операции, оптимальные сроки осуществления вмешательства и его объем.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике по поводу ОХ в период с 2001 по 2006 г. оперированы 3268 больных (у 396 — осуществлено открытое, у 2872 — лапароскопическое вмешательство).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

*Номенклатура и классификация операций.* Изучение данных литературы свидетельствует, что общепринятой номенклатуры и классификации операций в зависимости от сроков (времени, прошедшего от начала острого приступа) и срочности (времени от момента госпитализации больного до начала операции) их выполнения нет. Не существует также единой "точки отсчета" времени [4]. Некоторые хирурги [20, 21] ведут отсчет от начала приступа, другие [1, 19] — от момента госпитализации больного. Это обуславливает нечеткость представлений о сроках и срочности выполнения операции.

Большинство хирургов в зависимости от сроков, срочности выполнения и степени риска различают 4 группы операций [9, 18]: 1) выполняемые в сроки до 72 ч от начала острого приступа, считающиеся благоприятными для осуществления хирургического вмешательства; 2) выполняемые позже чем через 72 ч от начала острого приступа, то есть в сроки, считающиеся опасными; 3) выполняемые по жизненным показаниям, при прободении и перитоните, независимо от длительности острого приступа; 4) выполняемые в "холодном" периоде, в отсутствие клинических признаков острого воспаления, то есть в сроки, характеризующиеся наименьшей степенью риска.

В связи с тем, что группы определяются близкими по смыслу словами (почти синонимами), возникает путаница терминов [5], одну группу

### КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острый  
холецистит;  
классификация  
операций;  
холецистэктомия;  
холецистостомия;  
осложнения;  
конверсия;  
летальность.

### KEY WORDS:

acute  
cholecystitis;  
classification  
of operations;  
cholecystectomy;  
cholecystostomy;  
complications;  
conversion;  
lethality.

вмешательств обозначают различными терминами, так, операции по жизненным показаниям называют экстренными [17], срочными [2], неотложными [11]; либо одним термином обозначают разные группы, так, отсроченными называют операции, произведенные в сроки до 72 ч [2], позже чем через 72 ч [7] и в "холодном" периоде [3].

Предлагаем классификацию с использованием слов, семиотика которых проводит четкие границы между группами. Раннюю срочную операцию выполняют в сроки до 72 ч острого периода; позднюю срочную операцию выполняют в остром периоде в сроки позже чем через 72 ч; неотложную операцию выполняют тотчас после диагностики жизненно опасного осложнения, независимо от длительности острого периода; отсроченную операцию выполняют в "холодном" периоде. Точкой отсчета времени для ранней и поздней срочной операции является начало острого приступа, неотложной — момент диагностики внутрибрюшной катастрофы, отсроченной — ориентировочное время наступления "холодного" периода.

Зависимость морфологических изменений от срока выполнения операции — основной аргумент при определении благоприятных и неблагоприятных сроков осуществления вмешательства. Основанием является представление о стадийном течении воспаления, которое в сроки до 72 ч якобы еще не достигает стадии деструкции [16], позже чем через 72 ч — прогрессирует во флегмонозную и гангренозную формы [14], в "холодном" периоде — инволюционирует, и признаки воспаления уже отсутствуют [18].

Из 712 пациентов, оперированных нами в сроки позже чем через 72 ч, считающиеся неблагоприятными, флегмонозный или гангренозный холецистит диагностирован у 561 (79%), у 151 (17%) — обнаружены деструктивные формы острого или хронического воспаления. Из 238 пациентов, оперированных в сроки до 72 ч, считающиеся благоприятными, вопреки существующим взглядам, деструктивные формы ОХ по данным морфологических исследований обнаружены у 198 (83%), то есть столь же часто, как и в неблагоприятные сроки. Даже в "холодном" периоде у 158 (7%) из 2253 больных обнаружены признаки острого деструктивного воспаления. Высокий удельный вес деструктивных форм ОХ при выполнении ранней срочной операции (в сроки до 72 ч), вероятно, обусловлен быстрым прогрессированием ферментной и сосудистой форм заболевания, а также наличием остаточных явлений предыдущего приступа. Острые воспалительные изменения в "холодном" периоде, вероятно, являются медленно инволюционирующими признаками последнего обострения.

Сопоставление морфологических изменений в желчном пузыре и сроков выполнения операции свидетельствует о необходимости пересмотра представлений о благоприятных и неблагоприятных сроках осуществления вмешательства по поводу ОХ, основанных на концепции стадийного течения воспаления.

Одним из критериев операционного риска могут быть интра- и послеоперационные осложнения. Мно-

гие хирурги считают, что после выполнения операции в сроки позже чем через 72 ч от начала приступа частота осложнений в 4,8 раза превышает таковую после осуществления вмешательства в сроки до 72 ч [6], что подтверждает непосредственную зависимость частоты возникновения осложнений от продолжительности предоперационного острого периода. Частота выявления осложнений в наиболее благоприятном "холодном" периоде в литературе освещается противоречиво. Наряду с указаниями о минимальной частоте осложнений после выполнения отсроченной операции [15], предполагают, что длительное консервативное лечение увеличивает вероятность возникновения осложнений [13]. Некоторые авторы не выявили различий частоты осложнений после операций, выполненных в остром или "холодном" периоде [10].

По нашим данным, осложнения выявлены у 115 (3,5%) из 3268 пациентов. Наименее часто — у 34 (1,5%) из 2253 больных осложнения наблюдали после выполнения отсроченных операций в "холодном" периоде. Из 1015 пациентов, оперированных в остром периоде, у 275 — выполнена открытая, у 740 — лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Осложнения после осуществления открытого вмешательства возникли у 4 (7%) из 60 больных, оперированных в сроки до 72 ч, и у 26 (14%) из 183 больных, оперированных позже чем через 72 ч. Это соответствует общепринятым представлениям о благоприятном раннем и неблагоприятном позднем выполнении оперативного вмешательства.

Внедрение лапароскопических технологий внесло существенные коррективы: осложнения после ЛХЭ, выполненной в сроки до 72 ч, возникли у 9 (5%) из 178 больных, позже чем через 72 ч — у 22 (4%) из 529. Это изменило соотношение частоты осложнений у всех пациентов, оперированных в остром периоде, независимо от применения лапаротомного либо лапароскопического доступа: 5,5% — у оперированных в сроки до 72 ч, 6,7% — позже чем через 72 ч. При использовании любого доступа выявляли как "хирургические" (кровотечение, повреждение желчных протоков, нагноение), так и "нехирургические" (пневмония, инфаркт миокарда) осложнения.

Считаем целесообразным предложенное М. Е. Ничитайло и соавторами лаконичное определение трех причин возникновения осложнений: 1) опасная анатомия; 2) опасная патология; 3) опасная хирургия [12]. Первая и третья причины не зависят от сроков выполнения операции. Воспалительный инфильтрат (опасная патология) — общепринятый фактор высокого риска выполнения поздней срочной операции — не единственная причина возникновения осложнений.

Представление о благоприятном (до 72 ч) и неблагоприятном (позже чем через 72 ч) сроке выполнения операции, основанное на представлениях о сроках течения воспалительного инфильтрата, не подтверждается нашими результатами.

*Конверсия в различные сроки выполнения операции.* ЛХЭ по поводу ОХ осуществлена у 2813 (98%) из 2872 больных. В 59 (2%) наблюдениях операция завершена

путем лапаротомии. При выполнении операции в сроки до 72 ч вынужденный переход к лапаротомии осуществлен у 7 (3,9%) из 178 больных, позже чем через 72 ч — у 22 (4,1%) из 529, в "холодном" периоде — у 24 (1,1%) из 2132. У 19 из 59 больных необходимость перехода к лапаротомии обусловлена причинами, не зависящими от сроков выполнения операции (холедохолитиаз, атипичный анатомический вариант, синдром Мирицци, аритмия, компартмент-синдром). Кровотечение, повреждение желчных протоков или двенадцатиперстной кишки, наличие воспалительного инфильтрата были причиной конверсии как в ранние, так и более поздние сроки острого периода.

Таким образом, частота конверсии при выполнении оперативного вмешательства в различные сроки также не подтверждает распространенное мнение о благоприятных (до 72 ч) и неблагоприятных (позже чем через 72 ч) сроках выполнения операции по поводу ОХ.

Послеоперационная летальность и анализ ее причин также могут служить критерием зависимости операционного риска от сроков осуществления операции. После выполнения открытой операции умерли 17 (4,3%) больных из 396, ЛХЭ — 14 (0,5%) из 2872. Общая летальность составила 0,9% (умер 31 из 3268 оперированных больных). Из 17 умерших после выполнения открытой операции старше 70 лет были 11 больных, из 14 умерших после осуществления ЛХЭ — 4. Значительно более высокая летальность после осуществления открытого вмешательства обусловлена тем, что большинство операций в "холодном" периоде, когда летальность минимальна, выполнены с применением лапароскопических технологий. Из умерших больных 8 — были оперированы в неотложном порядке, по жизненным показаниям, в связи с наличием разлитого перитонита.

При распределении больных в зависимости от сроков выполнения операции установлено, что летальность оперированных путем лапаротомии в сроки до 72 ч мало отличалась от таковой оперированных позже чем через 72 ч (соответственно 5,8 и 4,9%). После ЛХЭ, выполненной в сроки до 72 ч, умерли 2,2% больных, позже чем через 72 ч — 0,8%. Суммарно летальность после выполнения ранней срочной открытой холецистэктомии и ЛХЭ составила 2,9%, после поздней срочной считающейся более опасной, летальность оказалась меньше — 1,7%. "Хирургические" причины летального исхода (кровотечение, повреждение желчного протока, желчный перитонит) и "нехирургические" (острая сердечно-сосудистая недостаточность, острое нарушение кровообращения головного мозга, тромбоэмболия легочной артерии) наблюдали как после открытой, так и лапароскопической операции, в сроки до 72 ч и позже чем через 72 ч.

Таким образом, показатели летальности также не подтверждают существующее мнение о благоприятном (до 72 ч) и неблагоприятном (позже чем через 72 ч) сроках выполнения операции по поводу ОХ.

*Холецистостомия в лечении ОХ.* Из-за достоинств миниинвазивной технологии ЛХЭ считают "золотым

стандартом" лечения ОХ. Это легко запоминающееся, ставшее "крылатым" определение, безоговорочно представляя холецистэктомию оптимальным методом, лишает хирурга альтернативы при выборе объема хирургического вмешательства. Наш опыт свидетельствует, что ограничение объема операции путем осуществления холецистостомии у некоторых пациентов оказывается необходимым и спасительным.

У 32 (1%) из 3268 больных мы вынужденно ограничились выполнением холецистостомии. Крайне высокий риск у этих больных был обусловлен либо возникновением осложнения основного заболевания (перитонит, перивезикальный абсцесс, инфильтрат в области шейки желчного пузыря), либо наличием сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, цирроз печени, недостаточность кровообращения, мерцательная аритмия, гемипарез после острого нарушения кровообращения головного мозга). Из этих прогностически наиболее тяжело больных после выполнения холецистостомии умерла лишь одна пациентка, оперированная по жизненным показаниям в связи с наличием разлитого перитонита. Отказ от проведения холецистостомии в пользу "золотого стандарта", несомненно, привел бы к существенному повышению летальности у больных с наиболее высоким операционным риском.

Из 238 больных, оперированных в сроки до 72 ч от начала приступа, холецистостомия выполнена у 8 (3,4%), из 712 больных, оперированных в остром периоде позже чем через 72 ч — у 14 (2%). Возникновение хирургических и нехирургических причин, обуславливающих высокий риск выполнения хирургического вмешательства, и необходимость применения холецистостомии возможны в любом периоде.

Выполнение ЛХЭ показано большинству больных ОХ. Холецистостомия — лапароскопическая или открытая — вынужденная спасительная операция, применение которой показано больным ОХ при наиболее высокой степени риска. Императивное определение ЛХЭ в качестве "золотого стандарта" лечения ОХ некорректно, поскольку ошибочно ориентирует хирурга на единственную и якобы безальтернативную операцию.

## ВЫВОДЫ

1. В классификации операций по поводу ОХ следует различать 4 группы: ранняя срочная (в сроки до 72 ч), поздняя срочная (позже чем через 72 ч), неотложная (по жизненным показаниям), отсроченная (в "холодном" периоде).

2. Морфологические изменения желчного пузыря, удаленного в различные сроки, частота и причины осложнений, конверсии и летальности не подтверждают существующих представлений о благоприятном (до 72 ч) и неблагоприятном (позже чем через 72 ч) сроке выполнения операции.

3. Холецистэктомию — основную, наиболее часто выполняемую операцию по поводу ОХ, однако больным при высоком операционном риске показано осуществление холецистостомии. Широко распространенное и став-

шее канонизированным определением ЛХЭ в качестве "золотого стандарта" лечения ОХ неверно ориентирует хирурга и должно быть изъято из профессионального лексикона.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ананикян П. П., Давтян А. О. К некоторым преимуществам ранних операций при остром холецистите // Диагностика и лечение острого холецистита: Сб. науч. тр. — Ереван, 1988. — С. 7 — 12.
2. Ашрафов А. А. Калькулезный холецистит у больных пожилого возраста. — Баку: Азерб. гос. изд-во, 1991. — 160 с.
3. Балаян Р. А., Апоян В. Т., Ахвердян Р. А. К некоторым вопросам острого холецистита // Острый холецистит: Сб. науч. тр. — Ереван, 1988. — С. 32 — 35.
4. Баулин Н. А., Баулин А. А. По поводу сроков операции при остром холецистите // Хирургия. — 1986. — № 3. — С. 84 — 87.
5. Бобров О. Є., Семенюк В. А., Федорук В. А. Еволюція поглядів на вибір лікування при гострому холециститі // Шпитал. хірургія. — 2004. — № 1. — С. 87 — 96.
6. Борисов А. Е., Земляной В. П., Левин Л. А. и др. Современное состояние проблемы лечения острого холецистита // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2001. — № 6. — С. 92 — 95.
7. Веронский Г. И., Штофин С. Г. Хирургическая тактика при остром холецистите // Хирургия. — 1989. — № 1. — С. 20 — 24.
8. Итоги дискуссии по проблеме "острый холецистит" // Там же. — 1987. — № 2. — С. 81 — 92.
9. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
10. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А. В. Малоштан, В. В. Бойко, А. М. Тищенко и др. — Х.: Б. и., 2005. — 367 с.
11. Нидерле Б. Хирургия желчных путей. — Прага: Авиценум, 1982. — 492 с.
12. Ничитайло М. Е., Дяченко В. В., Литвиненко А. Н. Уроки лапароскопической холецистэктомии // Клін. хірургія. — 2001. — № 10. — С. 6 — 9.
13. Реут А. А., Лебедева Л. С. Факторы риска при остром холецистите // Хирургия. — 1981. — № 1. — С. 34 — 37.
14. Скворцов К. К. Оптимізація хірургічної тактики при гострому холециститі за допомогою відеолапароскопічної хірургії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 2000. — 20 с.
15. Стрекаловский В. П., Старков Ю. Г., Шишин К. В. и др. Профилактика тромбоэмболических осложнений при лапароскопической холецистэктомии // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 48 — 52.
16. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Подпратов С. Е. и др. Современная тактика лечения острого холецистита // Клин. хирургия. — 1983. — № 4. — С. 1 — 4.
17. Шніцер Р. І. Стандарти хірургічної тактики при гострому холециститі // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Сер. "Медицина". — 2001. — Вип. 14. — С. 116 — 119.
18. Экстренная хирургия желчных путей / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, А. Ф. Элин и др. — Донецк: Б. и., 2005. — 434 с.
19. Chau C. H., Tang C. M., Sin W. T. Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis // Hong Kong Med. J. — 2002. — Vol. 8. — P. 394 — 399.
20. Jarvinen H. J., Hastbacka J. Early cholecystectomy for acute cholecystitis // Ann. Surg. — 1980. — Vol. 191. — P. 501 — 505.
21. Koo K. P., Thibby R. C. Laparoscopic cholecystectomy in cholecystitis // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 131, N 4. — P. 540.